

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 齢		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 結核について</p> <p>疾患を <input type="checkbox"/> 認めない <input type="checkbox"/> 認める</p> <p>2 伝染性皮膚疾患について</p> <p>疾患を <input type="checkbox"/> 認めない <input type="checkbox"/> 認める</p>				
診断年月日	平成 年 月 日			
医 師	病院、診療所等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名	⑩		

* 各項目について、該当する欄（）にチェック印（）をつけてください。